

**REPUBLIQUE FRANCAISE – DEPARTEMENT DE LA MAYENNE
CENTRE HOSPITALIER DU NORD MAYENNE**

SOINS PSYCHIATRIQUES SUR DEMANDE D'UN TIERS

- Procédure Normale (L3212-1 et L3212-2 CSP)
 Procédure d'Urgence (L3212-3 CSP)

DEMANDE D'ADMISSION

Le demandeur

Je soussigné(e),

Nom : Prénom :

Né(e) le

Profession

Adresse.....

Agissant en qualité de : conjoint, père, mère, frère, sœur, fils, fille, tuteur, autre (à préciser)

Je demande l'admission en soins psychiatriques sans consentement de (Nom-Prénom) au Centre Hospitalier du Nord Mayenne. Cette phrase doit être recopiée à la main

Le Patient

M.....

Né(e) le..... à.....

Profession.....

Domicilié(e) à

Célibataire – époux (se) – concubin (e) – divorcé (e) – veu (f) (ve) de

Fait à Mayenne, le

(signature)